UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 2

A PROPOS D'UN CAS DE RUPTURE TUBAIRE AVEC HÉMATOCÈLE LATÉRO-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1920

PAR

TREUVEY ✠ (Jean-Charles-David)

Né à Menton (Alpes-Maritimes), le 29 juillet 1893

Licencié ès sciences

Interne des hôpitaux de Toulon

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*
- VALLOIS, Professeur,
- RICHE, Agrégé, } *Assesseurs.*
- P. DELMAS, Agrégé,

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1920

A PROPOS D'UN CAS
DE
RUPTURE TUBAIRE
AVEC HÉMATOCÈLE LATÉRO-UTÉRINE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 2

A PROPOS D'UN CAS DE RUPTURE TUBAIRE AVEC HÉMATOCÈLE LATÉRO-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1920

PAR

TREUVEY ✠ (Jean-Charles-David)

Né à Menton (Alpes-Maritimes), le 29 juillet 1893

Licencié ès sciences

Interne des hôpitaux de Toulon

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, Professeur, *Président.*	
	VALLOIS, Professeur.	
	RICHE, Agrégé.	*Assesseurs.*
	P. DELMAS, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. N...	Doyen.
FORGUE (O. ✲)	Assesseur.
N...	Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲ ⚱)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (⚱).
Microbiologie	LISBONNE.
Clinique médicale	VEDEL.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Pathologie interne	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des mal. des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✲ ⚱), a. l. (ch. de c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ⚱, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	ETIENNE, agrégé (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. des vieillards	EUZIÈRE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c).
Stomatologie	WATON (✲ ⚱) (Dr) (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	N...
Matière médicale	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	MARGAROT.
GAUSSEL (✲ ⚱).	J. DELMAS (⚱).	LAPEYRE.
RICHE (✲).	RIMBAUD (✲).	STROHL.

Examinateurs de la thèse :

MM. De ROUVILLE, prof., président ; VALLOIS, profes. ; RICHE, agrégé ; P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Je lui dois tout..

A MA MÈRE

Gage d'affection.

A MES CHERS COUSINS ET COUSINES

A LA MÉMOIRE DE MON AMI ÉDOUARD VÉRAN

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS

CH. TREUVEY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Respectueux et reconnaissant hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DELMAS

CH. TREUVEY.

AVANT-PROPOS

Si l'exercice de notre belle profession nous vaut des satisfactions, nous le devons à nos maîtres. Durant nos études, ils nous rendirent la tâche facile par la clarté de leur enseignement et nous firent bénéficier avec désintéressement du fruit de leurs travaux.

Notre reconnaissance va d'abord à nos professeurs de l'Ecôle de médecine de Marseille ; ils eurent la tâche ingrate de guider nos premiers pas dans l'art médical. A nos maîtres éminents de la Faculté de médecine de Montpellier, qui pendant la dernière partie de nos études nous ont prodigué leur science, nous adressons l'hommage de notre profonde gratitude.

Que M. le professeur de Rouville nous permette de lui témoigner ici tous nos remerciements et toute notre reconnaissance pour l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. C'est à lui que nous devons l'observation qui est la base de notre travail.

Merci également à M. Milhaud, prosecteur à la Faculté de médecine, qui nous a fait largement bénéficier de ses conseils.

A l'orée de notre carrière médicale, nous nous engageons formellement à être digne de leur enseignement et de leur estime.

A PROPOS D'UN CAS
DE
RUPTURE TUBAIRE
AVEC HÉMATOCÈLE LATÉRO-UTÉRINE

INTRODUCTION

Une observation de rupture tubaire avec hématocèle latéro-utérine, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur de Rouville, a servi de point de départ à notre thèse. Elle nous a paru intéressante en raison de l'insidiosité de l'évolution de la maladie et du siège de l'hématocèle.

Pour remplir la tâche proposée à notre effort, après un bref historique de notre sujet, nous rappellerons quelques notions sur la grossesse tubaire et sa rupture pour en arriver à l'étude de l'hématocèle pelvienne et de sa symptomatologie.

Nous nous permettrons d'admettre, avec les auteurs contemporains, qu'elle est presque toujours intra-péritonéale et qu'elle dépend le plus souvent de la rupture précoce d'une grossesse ectopique, sauf les cas exceptionnels où cet épanchement est d'origine ovarienne,

consécutif à la pelvi-péritonite ou provient de kystes hématiques de l'ovaire (1).

Nous insisterons sur le diagnostic différentiel en tâchant de montrer, par l'observation reproduite, que dans certains cas le diagnostic présente de grandes difficultés et peut être facilement erroné. Nous achèverons notre travail par quelques considérations sur l'évolution, le pronostic et le traitement de l'hématocèle.

---

(1) De Rouville. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microscopique (Annales de gynécologie et obst. Paris, 1908).

OBSERVATION

(MM. de Rouville et Milhaud)

Malade entrée dans le service de gynécologie de M. le professeur de Rouville, le 13 juillet 1920.

R. M..., âgée de 24 ans, se plaint de pertes sanguines dont elle fait remonter le début à un mois environ. Elle accuse cependant avoir fait une fausse couche de deux mois, le 17 avril 1920. Les suites avaient été bonnes ; elle s'était complètement remise, lorsqu'au début de juin, les pertes ont réapparu et persistent depuis accompagnées de coliques.

L'examen montre un ventre souple, indolore. Le toucher vaginal révèle un col mou, à orifice déformé. L'utérus est volumineux, dépassant la symphyse de quatre travers de doigt environ, mobile. Le cul-de-sac latéral gauche est douloureux et occupé par une masse qui remonte dans la fosse iliaque gauche. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

Devant une telle symptomatologie, on pense à une salpingo-ovarite post-abortum, avec rétention de débris placentaires dans l'utérus, et on décide d'intervenir d'abord sur les annexes.

L'opération est pratiquée le 24 juillet 1920. Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Laparotomie sous-ombilicale. L'ouverture du péritoine montre la cavité abdominale imprégnée de sang, et, après placement des valves et protection de l'intestin, on découvre dans la fosse iliaque gauche une masse limitée en avant par le ligament large gauche et le côlon sigmoïde, auxquels elle adhère.

Dans le Douglas un peu de sang noir, mais en petite quantité.

Après rupture des adhérences, on attaque la masse précitée de bas en haut, et on retire ainsi des caillots noirs. On arrive à reconnaître la trompe rompue à sa partie moyenne. On l'extirpe après ligature du pédicule ovarien et ligature de sa portion attenante à l'utérus.

Drainage du cul-de-sac de Douglas. A l'examen des pièces, il nous a été facile de reconnaître des villosités parmi les caillots.

La trompe, très épaissie, est rompue à sa partie moyenne. La cavité est irrégulière.

Il s'agissait donc d'une grossesse tubaire rompue, et la pièce est bien caractéristique.

HISTORIQUE

La grossesse extra-utérine n'a pris rang dans la nosologie médicale que depuis la découverte de l'œuf et de sa présence dans l'ovaire. Certains accoucheurs même, Mauriceau entre autres, la niaient absolument. Pourtant Ambroise Paré, Rœderer, Astruc en ont cité des exemples incontestables. C'est Baudelocque qui s'en occupa le premier d'une manière complète, mais sa thérapeutique ne date que de Lawson-Tait et son histoire complète, ainsi que la notion de sa très grande fréquence, n'ont été acquises que grâce aux multiples opérations abdominales de l'époque actuelle.

L'hématocèle pelvienne, entrevue par Récamier et Bernutz, a été admirablement décrite au point de vue clinique par Nélaton (1851) qui, en raison de son siège habituel, lui donna le nom d'hématocèle rétro-utérine.

Mais la pathogénie et le traitement de l'hématocèle et des inondations péritonéales ne sont connues que depuis Lawson-Tait et Barnes (1876), et vulgarisées en France seulement depuis les thèses de Binaud (1892) et de Cestan (1894).

GROSSESSE TUBAIRE

Parmi les variétés de grossesse ectopique, la grossesse tubaire est la variété la plus intéressante pour le chirurgien, car elle est de beaucoup la plus fréquente et n'arrive presque jamais à terme, 26 cas seulement (Lugeol), 29 (Jayle et Delherm). Il est de règle qu'elle soit interrompue par un accident après une évolution d'un à trois mois en général, exceptionnellement quatre mois (grossesses ampullaires). Et l'on ne doit pas être surpris, si l'on songe aux conditions défectueuses dans lesquelles l'œuf se développe ; il est comprimé dans cette trompe incapable de se distendre comme l'utérus ; des hémorragies se produisent dans la paroi tubaire, lesquelles en se répétant le décollent. On peut trouver cet œuf perdu et plus ou moins altéré au milieu d'un caillot volumineux au centre de la trompe. On est alors en présence d'un *hémato-salpinx*, le plus simple des accidents de la grossesse tubaire. Aussi cet hémato-salpinx peut-il guérir, le caillot et l'embryon se résorbant graduellement. L'œuf peut être décollé et entraîné avec le sang hors de la trompe : c'est l'*avortement tubaire*. Mais l'accident le plus fréquent et le plus grave de la grossesse tubaire est la *rupture*.

RUPTURE TUBAIRE

Les villosités du placenta fœtal, refoulant et dissociant les éléments musculaires de la paroi de la trompe, arrivent vers le 2e mois jusque sous la couche péritonéale (Pilliet, Couvelaire). Il suffit alors de la moindre cause pour que la paroi cède. Elle se produit généralement chez des femmes de 25 à 35 ans et peut être provoquée par un accident insignifiant : chute, traumatisme abdominal léger ; ou même sans cause extérieure appréciable. La trompe se rompt ordinairement sur une longueur de 1 à 3 centimètres (Cestan) et, comme c'est au niveau des vaisseaux placentaires que se fait la déchirure, elle s'accompagne d'une hémorragie abondante qui peut causer la mort en quelques instants par *inondation péritonéale* ou si elle est moins importante détermine une *hématocèle*.

HÉMATOCÈLE

Le sang et l'embryon sont projetés dans le péritoine. L'embryon meurt presque toujours, se perd au milieu des caillots et se résorbe ; la grossesse péritonéale secondaire est tout à fait exceptionnelle. La rupture de la trompe peut se produire au niveau de son bord adhérent, l'hémorragie se fait alors dans le tissu cellulaire intra-ligamenteux et l'hématocèle est sous-péritonéo-pelvienne (Bernutz).

Nous n'envisagerons point cette variété d'une extrême rareté. Ainsi l'hématocèle est surtout intra-péritonéale. Dans la forme diffuse, d'inondation péritonéale, l'hémorragie est très abondante et se produit rapidement, le péritoine n'a pas le temps de constituer des adhérences et le sang reste libre dans le ventre. Dans l'hématocèle vraie il se collecte dans la cavité péritonéale et cause une irritation légère du péritoine, suffisante pour provoquer la formation de fausses membranes qui enkystent l'épanchement. Alors la poche est formée en avant et en arrière par le péritoine, en haut par une couche de fausses membranes (diaphragme pathologique de Bernutz) qui séparent le sang épanché des circonvolutions infé-

rieures de l'intestin grêle. Les fausses membranes s'épaississent de plus en plus et forment une coque de plus en plus dure, dont la consistance est très importante à observer en clinique. Cette poche formée par des pseudo-membranes peut préexister à l'hémorragie, mais dans le cas de beaucoup le plus fréquent l'hémorragie précède l'enkystement.

LOCALISATIONS DE L'HÉMATOCÈLE

Lorsque l'épanchement hématique se produit, il ira occuper sous la simple influence de la pesanteur la région la plus déclive du bassin et cette région sera presque toujours celle du cul-de-sac de Douglas. Ainsi s'explique la fréquence de l'*hématocèle rétro-utérine*. Mais il y a plusieurs autres variétés et avec Gallard nous emploierons le terme de « péri-utérine »; il est en effet beaucoup plus logique, dit-il, de préférer la dénomination de péri-utérine à celle longtemps employée de rétro-utérine... Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'hématocèle peut être *latéro-utérine*.

On trouve dans le Bulletin de la Société anatomique la mention de 3 cas d'hématocèle latéro-utérine avec autopsie. L'un est de Follin, les deux autres sont dus à M. Aug. Voisin. On y trouve la relation d'un fait dans lequel les fausses membranes cloisonnaient un amas sanguin du volume d'un œuf situé dans le péritoine, en avant du ligament large et au côté droit de l'utérus, en haut et en arrière se trouvait l'embouchure communiquant avec la trompe.

Dans notre observation, l'ouverture du péritoine mon-

trait la cavité abdominale imprégnée de sang, et après placement des valves et protection de l'intestin on découvrait dans la fosse iliaque gauche une masse limitée en avant par le ligament large gauche et le côlon sigmoïde auquel elle adhérait. Dans le Douglas on trouvait un peu de sang noir mais en petite quantité et aucune adhérence. Mais on ne rencontre guère d'épanchement dans le cul-de-sac latéral droit ou gauche ou dans les deux simultanément, que lorsque s'est déjà produite une très abondante hémorragie dans la cavité péritonéale anté ou rétro-utérine ou dans le cas d'hématocèle totale. La même étiologie explique aussi la production encore plus rare d'*hématocèle circum-utérine* signalée par Sinéty.

Quant aux *hématocèles supra-utérines*, l'étiologie en serait la suivante : lorsqu'il s'est produit une première hémorragie et que le sang épanché a subi un enkystement dans le Douglas, il peut arriver, si cette première hémorragie a été assez abondante, que le niveau supérieur de la collection ainsi enkystée dépasse le fond de l'utérus ; s'il survient une deuxième hémorragie, l'hématocèle ainsi formée dépassera le fond de l'utérus, en confinant à la paroi abdominale antérieure. Ou bien, selon P. Bertrand, cette variété supra-utérine serait la conséquence d'une « hématocèle anté-utérine avortée », et il admet pour expliquer sa formation que l'utérus se trouvant en l'occurrence anormalement dévié en arrière et la vessie d'autre part étant distendue par rétention d'urine et appliquée contre la matrice, le sang ne peut ainsi se répandre dans le cul-de-sac vésico-utérin et par suite ira se collecter au-devant de la paroi abdominale, en coiffant le fond utérin.

Sous le nom d'*hématocèle anté-utérine* on désigne une

tumeur sanguine située dans les replis péritonéaux entre l'utérus et la vessie. Les classiques (Braun, Poncet, Courty, Pozzi) reconnaissent comme unique cause de cette hématocèle la fermeture du cul-de-sac postérieur par le développement d'adhérences anciennes solidement établies entre les deux feuillets péritonéaux qui le limitent.

Une observation de MM. le professeur de Rouville et Cohen (1). a montré qu'il pouvait exister un nouveau mode de localisation en avant de l'hématocèle par suite d'adhérences épiploïques au fond de l'utérus et aux annexes, le Douglas étant resté perméable et libre d'adhérences et de caillots.

---

(1) Comm. Société sciences médicales, Montpellier, 19 décembre 1919.

SYMPTOMATOLOGIE ET EXAMEN

L'hématocèle et l'inondation péritonéale ne sont au début qu'une hémorragie interne. La symptomatologie de l'hématocèle se compose au début, comme celle de l'inondation péritonéale, de signes d'une hémorragie interne d'intensité et de durée variables. Ensuite, lorsque l'épanchement sanguin s'enkyste et forme la tumeur de l'hématocèle proprement dite, on constate la symptomatologie d'une tumeur pelvienne.

Tout d'un coup, en bonne santé, la femme ressent dans le bas-ventre une douleur très violente qui lui arrache un cri et parfois la force à s'étendre. C'est l'accident cataclysmique (Barnes) ; il n'y a point hématocèle vraie mais une inondation péritonéale qui se traduit par le tableau clinique classique de l'hémorragie interne foudroyante. Plus souvent dans l'hématocèle les signes de l'hémorragie sont moins graves (symptômes de péritonisme, petitesse du pouls, frissons...).

A la période d'état nous pourrons observer une douleur due à la réaction péritonéale contre l'épanchement sanguin ; dans le bas-ventre, ces douleurs violentes ou gravatives sont exaspérées encore par la pression ou le

mouvement. D'après Courty, elles peuvent encore revêtir la forme de coliques intestinales ou bien, selon Poncet, rappeler les douleurs expulsées de l'accouchement et s'irradier vers la vessie, les reins et le rectum. Les phénomènes de compression sont proportionnels à l'abondance de l'épanchement et sont plus fréquents. Du côté du rectum, douleur spontanée, constipation, rectite glaireuse.

Du côté de la vessie, dysurie, ténesme et parfois rétention ou incontinence. Du côté des uretères, dilatation et même urémie (Leroux). Du côté des nerfs, névralgies lombo-abdominales et crurales. Du côté des veines, œdèmes des membres inférieurs.

Ces différents symptômes peuvent être très atténués et même faire complètement défaut. Tel est le cas de la malade de notre observation. L'interrogatoire doit alors être fait avec soin. On apprend le plus souvent que depuis quelque temps la malade présentait des signes de grossesse (retard dans les règles ou diminution de l'écoulement sanguin habituel, troubles gastriques...). En outre, on remarque souvent que c'est à l'époque où auraient dû reparaître les deuxièmes et quelquefois les troisièmes règles que les accidents ont éclaté ; la congestion cataméniale en favorise en effet l'éclosion. Enfin il est fréquent d'observer, en même temps que les accidents d'hématocèle, un écoulement de sang par l'utérus. Cet écoulement peut même s'accompagner parfois de l'expulsion d'une caduque, il se prolonge souvent plusieurs jours.

L'*examen local*, par le toucher vaginal combiné avec le palper, ne fournit en général aucun renseignement dans le cas d'inondation péritonéale. Parfois on perçoit dans

le bas-ventre la masse latérale qu'est le sac fœtal rompu, signe de haute importance, mais rare.

Dans l'hématocèle proprement dite, l'examen local, lorsqu'il peut être facilement pratiqué, permet de délimiter la tumeur pelvienne. On a la sensation d'une tumeur rénitente d'abord, pâteuse et même dure ensuite, qui repousse l'utérus dans diverses directions suivant son siège ; elle peut s'élever dans le bas-ventre jusque dans les deux fosses iliaques et jusqu'à la moitié de la hauteur de l'ombilic. Le toucher rectal donne également dans certains cas des renseignements utiles, il ne saurait être oublié. L'utérus lorsqu'on peut le bien sentir paraît gros, le col est mou et entr'ouvert comme au début de la grossesse.

DIAGNOSTIC

Si l'inondation péritonéale a été subite, le diagnostic pourra être relativement facile. On a pensé quelquefois à un empoisonnement, à une péritonite aiguë, à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, à une colique néphrétique. En face d'un diagnostic douteux, il faut toujours penser, chez une jeune femme qui présente des signes pouvant être ceux d'une hémorragie interne, à la rupture d'une grossesse ectopique.

Dans les cas moins dramatiques où la tumeur date d'assez longtemps, où la douleur abdominale a été peu violente, les signes d'hémorragie et généraux peu nets, le diagnostic devient très difficile et on peut aisément commettre une erreur. Nous allons passer en revue les diverses affections avec lesquelles on pourrait alors confondre les hématocèles intra-pelviennes et chercher autant que possible à les différencier.

1° *Salpingo-ovarites, pyosalpinx.* — L'hématocèle latéro-utérine, si elle n'est pas trop volumineuse, contribuera fortement à égarer le diagnostic. Dans les salpingo-ovarites, les douleurs sont mieux localisées, on sent dans une des fosses iliaques une tumeur dure, non fluctuante, à suppuration moins abondante.

Dans notre observation, en raison de l'évolution silencieuse de la maladie et du siège de l'hématocèle, l'erreur de diagnostic fut commise. Il n'y a pas eu cette douleur quelquefois syncopale qui accompagne la rupture des grossesses ectopiques. Par ailleurs, l'hématocèle n'était pas « rétro-utérine », mais était « latéro-utérine » et, au toucher combiné, on avait l'impression de palper des annexes augmentées de volume.

D'autre part, la fausse couche remontant au 17 avril n'était autre qu'un faux travail avec expulsion de caduque. Devant une telle symptomatologie, le diagnostic erroné de salpingo-ovarite post-abortum fut porté.

M. le professeur Tédenat a également signalé (1) un cas de grossesse tubaire rompue, dans lequel on avait pensé à un pyosalpinx et où on pratiqua une colpotomie postérieure. Une hémorragie considérable s'ensuivit et on dut pratiquer la laparotomie immédiate pour sauver la malade.

2° *Phlegmons et abcès péri-utérins.*— On a longtemps confondu l'hématocèle avec le phlegmon péri-utérin, et c'est ce qui explique pourquoi l'étude des tumeurs hématiques est de date relativement récente. Le phlegmon péri-utérin, ordinairement d'origine puerpérale, occupe les ligaments larges et s'étend dans la fosse iliaque. L'hématocèle latéro-utérine pourra être ainsi très facilement confondue. Mais le phlegmon péri-utérin a un volume moindre que l'hématocèle, il est dur dès le début, douloureux à la pression, et le doigt perçoit dans le vagin une sensation de chaleur qui n'existe pas dans l'hématocèle. On se basera également sur les antécédents (hémorragie utérine) pour établir le diagnostic.

---

(1) Soc. des sciences médicales. Montpellier, 30 juillet 1920.

3° *Tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Ordinairement elles sont plus dures que les hématocèles et elles mettent beaucoup plus de temps à se développer. Dans certains cas cependant, le diagnostic est très difficile à établir ; il peut arriver, en effet, que l'hématocèle, par suite d'absorption de la partie liquide du sang épanché, se présente sous forme de masses de consistance fibreuse, adhérentes à l'utérus, et simule, à s'y méprendre, des corps fibreux accolés à la paroi de cet organe.

4° *Rétroflexion de l'utérus.* — La marche de la rétroflexion est toujours très lente, et on n'observe pas de symptômes généraux. Par la palpation abdominale et le toucher vaginal, on pourra constater que l'utérus n'occupe pas sa position normale et qu'il est replié sur lui-même. Les difficultés sont bien plus grandes s'il s'agit d'une hématocèle utérine ou si la rétroflexion se complique de grossesse. Ici on aura égard à la marche et aux symptômes généraux.

5° *Kystes de l'ovaire.* — Les signes fournis par la palpation et la percussion de l'abdomen sont les mêmes dans cette affection que dans certaines hématocèles. Le toucher vaginal fait constater dans le bassin une tumeur fluctuante qui donne lieu à de la constipation et à de la dysurie. Mais les kystes ovariques se distinguent par leur mode de développement et par leur marche qui est essentiellement chronique ; ils ne débutent pas par des symptômes généraux et souvent la menstruation n'est pas troublée.

6° *Péritonite circonscrite avec abcès.* — Cette affection n'est pas précédée de troubles des règles et ne survient guère qu'après l'accouchement. Les phénomènes généraux persistent jusqu'à l'évacuation du foyer.

7° *Grossesse extra-utérine.* — Elle pourra quelque-

fois donner le change et faire croire à une hématocèle, mais ce qui contribue surtout à éclairer le diagnostic, c'est la marche comparative des deux affections.

8° Nous ne ferons que mentionner : l'*hydrométrie*, la *tympanite utérine*, le *cancer de l'utérus*, l'*ostéo-sarcome du bassin*, les *tumeurs hydatiques des os du bassin*, les *tumeurs hydatiques du tissu cellulaire intra-pelvien*, le *thrombus du vagin et de la vulve*, l'*abcès par congestion*, les *lipomes* et les *kystes de la cloison recto-vaginale*, le *cancer du rectum*.

Il suffit d'être averti pour ne jamais confondre ces affections avec une hématocèle intra-pelvienne.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Evolution. — L'hématocèle constituée peut avoir des destinées variées :

La guérison par *résorption* s'observe souvent dans les hématocèles de petit volume : la tumeur pelvienne diminue progressivement de volume et finit par ne plus être constituée que par une induration fibreuse dans le cul-de-sac de Douglas ; quelquefois cette transformation fibreuse de la poche sanguine entraîne une rétro-déviation de l'utérus.

La *suppuration* de l'hématocèle est assez fréquente ; elle est due ordinairement à une infection par le colibacille, à point de départ intestinal ; elle se traduit par de la fièvre, des douleurs et une augmentation du volume de la poche. L'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite généralisée ; ce mode d'évolution est rare, de même que l'ouverture dans la vessie et dans le vagin ; c'est en général dans le rectum que s'ouvre l'hématocèle suppurée ; cette ouverture est ordinairement précédée par des symptômes de rectite : elle s'annonce par une débâcle de diarrhée noirâtre et fétide qui entraîne la sédation des douleurs et la diminution du

volume de la poche. Cette ouverture rectale est en général insuffisante pour bien drainer la cavité purulente : une fistulisation s'établit et des accidents de septicémie ne sont pas rares.

La *récidive de l'hémorragie* peut venir interrompre la guérison de l'hématocèle ; en général les nouvelles poussées hémorragiques sont rapprochées de la première crise et se produisent dans les jours qui la suivent; il est plus rare de voir ce retour offensif de l'hémorragie quand l'hématocèle est bien enkystée et définitivement constituée ; on a pu le voir survenir cependant dans ces cas d'hématocèle déjà ancienne à l'occasion de poussées congestives menstruelles.

Pronostic. — Le pronostic est essentiellement variable et dépend avant tout de l'importance de l'hémorragie intra-péritonéale. « Dans un cas, elle est terrible et immédiatement fatale ; dans un autre, elle guérit sans laisser de traces ; entre les deux, il y a toute une série ininterrompue de cas intermédiaires (J.-L. Faure).

D'une façon générale, le pronostic est très grave dans les formes cataclysmiques 85 p. 100 de morts (Cestan), et souvent aussi dans les formes enkystées ; car, si la résorption est fréquente, la suppuration n'est pas très rare, et si l'ouverture de la poche dans le vagin est favorable, celle dans le péritoine est suivie de mort rapide. L'ouverture dans le rectum peut aussi causer la mort par septicémie chronique.

Le pronostic s'est cependant beaucoup amélioré dans ces dernières années, depuis la généralisation de la laparotomie immédiate dans les formes graves.

TRAITEMENT

La conduite à tenir est différente dans l'inondation péritonéale et dans l'hématocèle enkystée.

A. — Dans l'*inondation péritonéale*, dans l'hémorragie interne cataclysmique, il faut sans tarder pratiquer la laparotomie en position déclive.

« Faute de décision et de savoir technique, dit Bouilly, la partie est perdue. » Il faut se porter rapidement vers les annexes saignantes : pincer d'un côté la corne utérine, de l'autre le pédicule utéro-ovarien ; enlever le sang et les caillots, et si possible extirper le kyste fœtal. La *laparotomie* hâtive a sauvé de nombreuses existences, les statistiques sont là pour le prouver ; celle de Cestan est particulièrement éloquente et a vaincu les hésitations : l'abstention opératoire donne 85,8 p. 100 de mortalité, l'intervention immédiate 84,7 de guérisons.

Il n'est permis d'attendre que si la malade est jugée trop faible pour supporter l'opération, par suite d'un choc nerveux hors de proportion avec la quantité de sang qu'elle a perdue.

On commence alors par essayer de la remonter par des injections d'huile camphrée, de spartéine, de caféine, de sérum ; on la réchauffe. Dans certaines formes à

grandes hémorragies, la transfusion du sang pourra être un moyen de salut.

Si une amélioration nette et progressive ne se produit pas, il faut opérer sur-le-champ, malgré les mauvaises conditions, c'est la seule planche de salut. Mais l'opération devra alors être faite le plus rapidement possible et l'anesthésie réduite au minimum.

B. — *Hématocèle proprement dite* (*hémorragie enkystée*). — Ici l'on peut, soit attendre, soit intervenir, selon les cas.

1° Si l'hématocèle est peu volumineuse et tend déjà à se résorber, il y a tout avantage à attendre. Avec le repos complet au lit, des irrigations vaginales et rectales chaudes, de la chaleur sur le bas-ventre, on obtient souvent la guérison par résorption en deux ou trois mois.

2° Si l'hématocèle est énorme, si elle ne diminue pas, et surtout si elle augmente et devient le siège de poussées successives, une intervention active est indiquée.

Celle-ci peut être pratiquée, soit *par voie vaginale*, soit *par voie abdominale*. L'incision vaginale eut son heure de grande vogue (1896, Bouilly, Segond, Tuffier, Ricard). Elle convient aux *hématocèles anciennes*, dans lesquelles la source de l'hémorragie est tarie et qui sont bien limitées du côté du ventre. Une colpotomie faite dans le cul-de-sac postérieur vide la poche ; cette opération est simple et efficace. Dans les *hématocèles infectées*, c'est encore la colpotomie qu'il faut pratiquer ; elle sera large et suivie d'un bon drainage.

Dans les *hématocèles récentes*, la laparotomie est plus prudente ; on ne sait jamais, en effet, si le sac fœtal ne saigne pas, et il vaut mieux voir ce que l'on fait que de s'en remettre à un tamponnement vaginal pour arrêter l'hémorragie qui pourrait persister après la colpotomie.

CONCLUSIONS

I. — L'observation reproduite montre que l'on a trop schématisé le tableau clinique de la rupture des grossesses tubaires.

II. — La douleur, les signes cataclysmiques manquent souvent.

III. — L'hématocèle péri-utérine est localisée ordinairement dans le cul-de-sac postérieur qui se trouve la région la plus déclive, mais elle peut être latéro-utérine, anté-utérine, supra-utérine et même circum-utérine.

IV. — L'insidiosité de l'évolution de la maladie, le siège variable de l'hématocèle contribueront à rendre le diagnostic très difficile sinon impossible dans certains cas.

V. — Le pronostic est essentiellement variable et dépend avant tout de l'importance de l'hémorragie intra-péritonéale.

VI. — Dans l'inondation péritonéale, il faut sans retard l'arrêter par laparotomie. Dans l'hémorragie enkystée on pourra intervenir selon les cas soit par voie vaginale, (hématocèles anciennes ou infectées), soit par voie abdominale (hématocèles récentes).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 novembre 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 novembre 1920.
Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

BIBLIOGRAPHIE

Barnes. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.

Berlin (F.). — Am. J. of obst., mai 1889.

Bernutz. — Trajté des maladies des femmes, 1866.

— Archives générales de médecine, 1884.

Bertrand (P.). — De l'hématocèle anté-utérine (Thèse Nancy, 1895).

Besnier. — Contribution à l'étude des hématocèles péri-utérines (Ann. de gyn., Paris, 1877).

Binaud. — De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire (Thèse Bordeaux, 1892).

Boisleux. — Clinique française, 1894.

Braun (G). — Wiener med. Woschenschr., 1872, nos 22 et 23.

Cestan. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne (Thèse Paris, 1894).

Chassaignac. — De la suppuration (hématocèle pré-utérine), 1859, t. II, p. 463.

Cleu (H.). — Contribution à l'étude des hématocèles pelviennes infectées (Thèse Lyon, 1911).

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881, p. 1212.

Duplay. — L'hématocèle péri-utérine (Union médicale, Paris, 1892).

Fabre et Bourret. — Rupture de grossesse tubaire (Bull. Soc. obst. et gyn., 1913, ii 87-90).

Fasola. — Ann. di obst. Firence, 1888.

Forgue et Massabuau. — Gynécologie.

Gallard. — Mémoire sur les hématocèles péri-utérines spontanées (Soc. médicale des hôp., 14 juillet 1858, *in* Arch. gén. de médecine, 1860, vol. II, p. 679).

Guéniot. — Bull. de la Soc. anat., 1865.

Guérin (A.). — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme, p. 439.

Hofmokl (J.). — Haematocele anteuterina, 1888.

Lawson-Tait. — British med. Journ., 1885, 1888.

— Lectures on ectopic frequency and pelvic haematocele, 1888.

Luneau. — Thèse Paris, 1873.

Maygrier. — Thèse d'agrégation, 1886.

Nachtel. — De l'hématocèle péri-utérine (Thèse Paris, 1875).

Olshausen. — Arch. f. Gynäkol., 1870.

Pany. — Thèse Paris, 1882.

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie.

Puech (A.). — Hématocèle péri-utérine (Mém. Montpellier, 1858.

Regnault. — Thèse Paris, 1891.

Robert. — Bull. Soc. chirurg., 1852, p. 132.

Rouville (de) et J. Cohen. — Localisation d'une hématocèle dans le cul-de-sac vésico-utérin (Communication à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 19 décembre 1919).

Rouville (de) et Milhaud. — Grossesse tubaire rompue (Communication à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 30 juillet 1920).

Schroeder (C). — Maladies des organes génitaux de la femme (trad. française, p. 496). — Et *in* Arch. für Gyn., 1873.

Siredey. — Thèse Paris, 1860, p. 98.

Surer. — Hématocèle spontanée chez la femme (Thèse Paris, 1890).

Tédenat. — Congrès français de chir. (Paris, 1910).

Trechsel. — Corresp. Blatt f. Sweiser Aertze, 1875.

Wallace. — Brit. med. Journ., 22 oct. 1910.

Welch. — Pelvic haematocele (Med. Rec. New-York, 1883).

Weit. — Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlicht (1874).

Zweifel. — Behandlung der Haematocele (Münch. med. Woch., 1903, n° 34).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!